

# 施行微菌叢植入治療之操作人員訓練課程學分證明（格式）

茲證明\_\_\_\_\_君

參加○○○年○○月○○日\_\_\_\_\_（研討會/教育訓練名稱），

發給教育訓練時數\_\_\_\_\_小時。

訓練內容如下<sup>1</sup>：

課程名稱	時數	課程內容	授課講師 <sup>2</sup>
醫學倫理與法規		微菌叢植入治療之倫理與法規	
國內外現況及案例分析		微菌叢植入治療之國內外實務與案例分析報告	
捐贈者篩檢及追蹤		微菌叢植入治療之捐贈者篩檢及追蹤	
個案治療方式與追蹤		微菌叢植入治療之植入流程及治療不良反應之預防	
		微菌叢植入治療之病歷記載及後續追蹤	
製程管控		微菌叢植入治療之製程管控及場所管理	

主辦單位<sup>3</sup>：

辦理日期：

辦理地點：

<sup>1</sup> 可依實際授課內容調整。

<sup>2</sup> 可檢附授課講師簡歷替代

<sup>3</sup> 主辦單位需用印。